



PROGRAM TANGGUNG JAWAB PRIBADI (PTJP) INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)

Program Tanggung Jawab Pribadi WorkFirst untuk

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

Saya mengerti:

- Saya diwajibkan bekerja, mencari pekerjaan, atau siap bekerja selama minimal 32 jam per minggu.
- Saya harus mengikuti kegiatan-kegiatan wajib. Jika tidak, saya akan terkena sanksi kecuali saya bisa memberikan alasan yang dapat diterima. Ini berarti saya dalam status sanksi WorkFirst. Jika saya terkena sanksi, artinya:
 - Uang tunjangan yang saya terima akan dikurangi sampai 40% atau satu bagian untuk satu orang, dipilih mana yang lebih besar.
 - Saya harus mengikuti program IRP selama empat minggu secara berturut-turut agar sanksi tersebut dicabut.
 - Setelah saya mengikuti kegiatan wajib selama empat minggu berturut-turut, sanksi saya akan dicabut mulai minggu pertama bulan berikutnya setelah saya mengikuti kegiatan wajib selama empat minggu tersebut.
 - Dewan peninjau sanksi akan meninjau dan mungkin menutup kasus saya jika saya tetap dalam posisi terkena sanksi selama enam bulan berturut-turut.
 - Jika kasus saya ditutup oleh dewan peninjau sanksi, saya harus mengajukan permohonan lagi dan mengikuti kegiatan wajib selama empat minggu berturut-turut agar bisa mendapatkan tunjangan kembali.
 - Jika saya terkena sanksi lagi, dewan peninjau sanksi akan mengkaji dan mungkin menutup kasus saya jika saya dalam posisi terkena sanksi selama tiga bulan berturut-turut.
- Saya harus bekerjasama dengan Bagian Tunjangan Anak (*Division of Child Support*) ketika menerima tunjangan TANF/SFA kecuali saya punya alasan yang tepat untuk tidak bekerjasama. Keberhasilan pengumpulan bantuan anak bisa membantu saya mengurangi kebutuhan saya akan tunjangan keuangan.
- Seumur hidup, saya mendapatkan tunjangan TANF/SFA hanya selama 60 bulan kecuali saya memenuhi syarat untuk mendapatkan perpanjangan waktu.
- Saya telah menerima tunjangan dalam bentuk uang tunai selama _____ bulan.
- Saya wajib bekerja, mencari pekerjaan, atau siap untuk bekerja penuh selama minimal 32 jam per minggu.
- Jika saya tidak mengikuti kegiatan yang dijadwalkan, saya akan menghubungi petugas yang nomornya tertera di bawah formulir ini.
- Saya harus mengikuti kegiatan-kegiatan berikut dalam waktu tertentu setiap minggu:

Jika karena alasan yang dapat diterima saya tidak bisa mengikuti program ini, saya harus segera menghubungi dan bekerja sama dengan Petugas Program WorkFirst/Petugas Sosial. Alasan yang dapat diterima antara lain:

- Saya tidak mengikuti program karena sakit atau anak saya rewel atau kesulitan mendapatkan transportasi;
- Saya dalam kondisi darurat (fisik, mental, atau emosional);
- Saya menjadi korban kekerasan rumah-tangga;
- Saya tidak dapat menemukan tempat penitipan anak untuk anak dibawah 13 tahun di lingkungan tempat tinggal saya;
- Saya punya permasalahan hukum yang harus segera diselesaikan;
- Saya menderita cacat atau mengalami kondisi khusus dan karenanya tidak bisa memenuhi persyaratan-persyaratan program ini; atau
- Saya menderita cacat parah;
- Saya tidak bisa meninggalkan rumah karena harus merawat anak dengan kebutuhan khusus atau orang dewasa yang cacat;
- Usia saya 55 tahun atau lebih dan sedang merawat seorang anak yang bukan anak saya sendiri; atau
- Saya sedang mengajukan SSI yang dibantu seorang petugas fasilitator Departemen Sosial dan Kesehatan (DSHS).

Jika saya tidak setuju dengan program ini, saya berhak meminta kasus saya ditinjau dan/atau diperiksa. Untuk mengajukan permintaan pemeriksaan kasus, saya harus menghubungi Community Services Office atau Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488, dalam 90 hari dari tanggal tandatangan manajer kasus saya di bawah ini. Saya telah diberi salinan Program Individual Responsibility Plan.

TANDA TANGAN MANAJER KASUS	TANGGAL	TANDA TANGAN	TANGGAL
----------------------------	---------	--------------	---------

IDENTITAS JAS	NOMOR KASUS	IDENTITAS KLIEN	
PERSYARATAN DUA PIHAK			
<p>Saya bisa mendapatkan layanan tunjangan untuk membantu saya semakin terampil dalam pekerjaan, mempertahankan pekerjaan, menerima pekerjaan, mencari pekerjaan, atau mengikuti program. Jika saya tidak setuju dengan keputusan tentang layanan bantuan ini, saya bisa meminta diadakan peninjauan dan/atau pemeriksaan kasus. Saya akan meminta Petugas Program WorkFirst/Petugas Sosial jika saya membutuhkan bantuan seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perbaikan Mobil • Pakaian • Konseling • Popok Bayi • Biaya pendidikan • Kebersihan diri • SIM/ biaya SIM • Potong rambut • Karcis bus • Tunjangan transportasi • Peralatan bekerja • Program keluarga berencana <p>Dalam masa masih terkena sanksi, saya tidak bisa mendapatkan layanan tunjangan (seperti tunjangan untuk pakaian kerja atau transportasi) sampai saya mengikuti program IRP berikutnya.</p> <p>Saya mengerti bahwa, jika saya menolak bekerjasama dengan <i>Division of Child Support (DCS)</i> tanpa alasan yang bisa diterima, tunjangan saya bisa dikurangi. Alasan yang dapat diterima misalnya saya atau anak saya menghadapi ancaman membahayakan. Saya mengerti bahwa ketika saya mendapatkan tunjangan TANF, semua tunjangan anak yang terkumpul dikembalikan ke negara.</p> <p>Ketika saya tidak lagi mendapatkan tunjangan TANF/SFA, DCS akan mengumpulkan tunjangan anak dan memberikannya kepada saya kecuali saya menolaknya. Saya mengerti yang dimaksud dengan layanan bantuan, sanksi, dan tunjangan anak.</p>			
TANDA TANGAN MANAJER KASUS	TANGGAL	TANDA TANGAN SAYA	TANGGAL